Rok XXXII. Kraków, 14. Października 1893. Nr. 41.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. O omamach i złudzeniach.

Odczyt

Dra Władysława Kohlbergera

na posiedzeniu naukowem sekcyi lwowskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich w dniu 7. kwietnia 1893 r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40.)

W ten sposób powstać mogą wedle Hagena omamy zmysłu wzroku skutkiem zmian chorobowych w siatkówce i w nerwie wzrokowym, omamy słuchu skutkiem chorób ucha wewnętrznego i t. p. Mimowolnie nasuwa się nam pytanie, czy i skutkiem pewnych zmian chorobowych w ośrodkach zmysłowych, podkorowych i korowych powstać mogą omamy zmysłowe. Pod tym względem psychiatrzy różnią się między sobą zasadniczo. Niektórzy twierdzą, iż wyłącznie przez zadrażnienie samych tylko ośrodków zmysłowych korowych powstać mogą omamy zmysłowe a więc wprost przeczą, by powstać mogły wskutek zadrażnienia jakichkolwiek obwodowych części narządów zmysłowych. Tego zdania jest Esquirol i wszyscy zwolennicy tak zwanej duchowej, t. j. psychicznej teoryi o powstawaniu omamów zmysłowych.

Falvet *(Cours clinique et théorétique sur les maladies mentales. 1850)* podobnie, jak Esquirol, uważa omamy za objaw chorobowy, mający swe źródło wyłącznie w zboczeniu czynności duchowej a szczególnie wyobraźni.

Neumann (*Lehrbuch der Psychiatrie*) należy także do zwolenników teoryi duchowej i uważa omamy za choroby krytyki, przyczem chorzy myśli albo życzenia swoje uważają za odczute rzeczywiście wrażenia zmysłowe.

Griesinger jest także tego zdania, że omamy zmysłowe powstają skutkiem podwyższenia się czynności wyobraźni do tego stopnia, że to, co sobie w myśli wyobrażamy, staje się rzeczywiście odczutem odpowiedniemi zmysłami; a więc obrazy wyobraźni stają się barwnemi i świecącemi, dźwięcznemi i melodyjnemi i dodaje przytem, że źródłem wszystkich tych czynności nie jest siatkówka ani zakończenia obwodowe nerwu słuchowego, lecz mózg sam, t. j. ośrodkowe (mózgowe) zakończenia nerwów zmysłowych. Tłómaczenie Griesingera nie jest jednak dosyć jasnem, albowiem nie rozróżnia on wyraźnie ośrodków podkorowych od korowych nerwów zmysłowych. W każdym jednak razie Griesinger wyraźnie mówi, że wyobraźnia jest źródłem omamów zmysłowych i to zdanie podzielają prawie wszyscy jego uczniowie i większa część nowoczesnych psychiatrów niemieckich. Ten sam Griesinger powiada jednak, iż nie zna żadnego przypadku, gdzieby w podrażnieniu mózgowem inne barwy, jak czerwona, niebieska i fiołkowa, były spostrzegane i przytacza liczne przypadki padaczkowych, którzy widzieli różne czerwone postaci i wogóle tylko czerwoną barwę (*Vortrag zur Eröffnung der psychiatrischen Klinik. Griesingers Archiv. 1. S. 155*). Dziwną jest rzeczą, dlaczego obrazy zmysłu wzroku, wytwarzane przez mózg nieprawidłowo podrażniony, okazują pewne tylko barwy; na każdy sposób jest to najlepszym dowodem, iż nie mogą one powstawać wyłącznie skutkiem działania wyobraźni, bo ta tworzyć może przecież obrazy najrozmaitszej barwy.

Hagen *(Zur Theorie der Hallucinationen. Allg. Zeitschr. f. Psych. B. 25. 1868. S. 49)* należy do wyznawców t. zw. teoryi zmysłowej o powstawaniu omamów. Mówiąc o tym przedmiocie zwraca uwagę na to, iż wiele zjawisk dowodzi, że źródłem omamów zmysłowych mogą być obwodowe części narządów zmysłowych, co widzimy n. p. w chorobach oka i ucha, o czem też wspominają lekarze chorób ocznych i usznych: Graefe (*Ophthalmologische Mittheilungen. Berliner med. Wochenschrift. 1867, Nr. 31.*), Politzer (*Ueber subjective Gehörsemphfindungen. Wiener med. Wochenschrift. 1866. Nr. 94.*), Köppe (*Gehörsstörungen und Psychosen. Allgem. Zeitschrift f. Psych. B. XXIV. S. 10.*).

Głównem jednak źródłem do powstawania omamów i złudzeń zmysłowych są wedle Hagena ośrodki zmysłowe podkorowe, t. j. tak zwany przez niego mózg zmysłowy (*Sinnesgehirn*). Zadrażnienie tych ośrodków porównywa on do kurczu i mówi: istotą kurczu w kurczu mięśniowym sta-

nowi gwałtowne zadrażnienie nerwu ruchowego w kierunku odśrodkowym. Takie same zadraźnienie nerwu czuciowego w kierunku dośrodkowym wywołuje omamy. Istotę rzeczy stanowi w obu wypadkach nadmierne pobudzenie nerwu do czynności. Omamy są zatem kurczem w nerwach czuciowych. Zadraźnienie to nie musi być koniecznie wywołanem w samych nerwach, t. j. gdziekolwiek w ciągu ich przebiegu, ale może powstać także w ich początkach ośrodkowych, t. j. w samym tylko mózgu zmysłowym.

Z tego nie wynika jeszcze, żeby w tym mózgu zmysłowym znajdywać się koniecznie musiało jakieś ciało, które sprawia to zadraźnienie, ale musimy w każdym razie przyjąć, że ośrodek odpowiedniego zmysłu znajduje się w stanie podwyższenia drażliwości. To zapatrywanie się Hagena znajduje bardzo wielu zwolenników.

Meynert (*Klinische Vorlesungen über Psychiatrie. Wien. 1890.*) twierdzi, że zadraźnienie wyłączne samych tylko ośrodków zmysłowych korowych, nigdy omamów zmysłowych wywołać nie potrafi. Zdanie swe opiera na tem, że zadraźnienie tych ośrodków następuje zawsze podczas myślenia, przyczem odtwarzają się w umyśle obrazy ustalone w ośrodkach zmysłowych korowych.

Najdzielniejszy jednak mózg fizyologiczny niema w swej czynności korowej takiej siły wyobraźni, aby tym obrazom pamięciowym nadać tę wyrazistość, jaką posiada rzeczywisty obraz zmysłowy, t. j. powstały i spostrzegany za pośrednictwem działania zmysłów. Wysilona i znużona kora mózgowa skutkiem jakiejkolwiek choroby umysłowej nie może sprawić wyższej czynności, anizeli kora prawidłowa a przeto tem bardziej nie może być źródłem do powstawania omamów zmysłowych. Omamy zmysłowe muszą przeto powstawać wedle Meynerta wskutek zadraźnienia obwodowych części narządów zmysłowych gdziekolwiek w drodze ich przebiegu, t. j. od obwodowych zakończeń aż do odpowiednich ośrodków zmysłowych podkorowych włącznie a głównie tych ostatnich. Zdanie swe opiera Meynert na następujących danych. Jeżeli kora mózgowa zajęta jest jakąś mozolną pracą, n. p. rozwiązywaniem trudnych zagadnień matematycznych, wtedy czynność zmysłowa jest bardzo upośledzona. Obwodowe zakończenia zmysłowe przyjmują wprawdzie wtedy wrażenia zmysłowe, ale nie zostają one spostrzegane, gdyż odpowiednie ośrodki zmysłowe podkorowe nie są czynne. Między czynnością kory mózgowej a czynnością ośrodków podkorowych istnieje pewnego rodzaju przeciwieństwo tak, że gdy kora mózgowa jest czynną, ośrodki podkorowe są w czynności swej upośledzone i na odwrót, gdy kora mózgowa jest w spoczynku, ośrodki podkorowe okazują czynność podwyższoną.

Zapatrywanie to ma anatomiczną podstawę. Jak wiadomo, krew do mózgu dochodzi dwiema głównemi drogami a mianowicie przez tętnice dogłowowe wewnętrzne *(carotis interna)* i przez tętnice kręgowe (*a. vertebralis*). *Art. carotis* dzieli się na dwie gałęzie: *art. fossae Sylvii s. cerebralis media* i *art. cerebralis anterior.* Obie tętnice kręgowe, złączone na podstawie mózgu w jeden pień, zwany *arteria basilaris,* rozdzielają się zaraz znowu na dwie odrębne tętnice, zwane *art. profundae sive posteriores cerebri,* z których każda za pomocą odpowiedniej *art. communicans posterior* łączy się z *art. cerebralis media* swej strony. *Art. communicans anterior,* łącząc obie *art. cerebri anteriores,* zamyka ten wielobok naczyniowy, zwany *circulus Willisii* a przeznaczony do ścisłego połączenia ze sobą wszystkich wspomnianych tętnic mózgowych. Od każdego z wspomnianych trzech pni tętniczych a mianowicie *art. cerebri anterior, media* i *posterior* odchodzą prawie prostopadle liczne, drobne tętniczki do ośrodków mózgowych podkorowych wieloma dziureczkami, od których pochodzi nazwa *laminae perforatae.* Tętniczki te tem się odznaczają, że w ciągu przebiegu swego nie łączą się już nigdzie ze sobą, to jest są t. zw. tętnicami końcowemi. Połączenie ich następuje dopiero w naczyniach włosowatych.

Tętnice mózgowe, przednia, średnia i tylna, po oddaniu wspomnianych tętniczek końcowych do środka mózgu, rozgałęziają się wielokrotnie i tworzą całą sieć połączeń na powierzchni mózgu, t. j. w oponie miękkiej a dopiero od tej sieci odchodzą prostopadle drobne tętniczki do kory mózgowej. Tak więc *circulus arteriosus Willisii* jest głównem korytem tętniczem, z którego odchodzą dwa odrębne działy naczyniowe: jeden bliższy, przeznaczony dla środka mózgu a głównie dla ośrodków jego podkorowych, drugi dalszy dla kory mózgowej; oba łączą się ze sobą tylko przez naczynia włosowate.

W czynnościowem przekrwieniu kory mózgowej, n. p. wskutek wytężającej pracy umysłowej a raczej duchowej, musi nastąpić niedokrewność w ośrodkach mózgowych podkorowych a przez to upośledzenie ich czynności. t. j. czynności zmysłowej odruchowej; podczas upośledzenia zaś czynności kory mózgowej zmniejsza się ściąganie soków odżywczych i wskutek braku przekrwienia czynnościowego zmniejsza się wypełnienie tętnic tego ogromnego działu naczyniowego, zaopatrującego korę w krew tętniczą; wtedy musi krew z tętnic należących do *circulus arteriosus Willisii* płynąć głównie do ośrodków podkorowych, albowiem serce pędzi tę samą ilość krwi do mózgu. W ten sposób tworzy się biernie przekrwienie czynnościowe ośrodków mózgowych podkorowych a więc zwiększa się ich czynność i drażliwość.

Gdy czynność zmysłowa ośrodków podkorowych w powyższy sposób jest podwyższoną, musi być i kora mózgowa częściowo czynną o tyle, że wrażenia zmysłowe dochodząc do świadomości, ciągle zajmują odpowiednie komórki korowe i przez to nie może nastąpić sen, t. j. spoczynek czynności kory mózgowej. Kojarzenie wyobrażeń, które jest główną czynnością kory mózgowej, musi jednak w tym razie być mocno upośledzone, gdyż do tej czynności potrzeba przekrwienia czynnościowego całej kory mózgowej a upośledzenia, t. j. zmniejszenia się czynności zmysłowej ośrodków podkorowych.

Ośrodki podkorowe dzielą się, jak już wyżej wspomniałem, na ośrodki zmysłowe, ośrodki ruchowe mimowolne, w zakresie mięśni zmysłowych (okoruchowych, zwężających i rozszerzających źrenicę, regulujących akomodacyę, napinających błony bębenkowe (*tensor tympani*) i t. p.), dalej ośrodki czucia pochodzącego od trzew a także ośrodki kierujące równowagą ciała. Rdzeń przedłużony zawiera ośrodki ruchów serca a także wdechu i wydechu a ich zadraźnienie sprawiać będzie uczucie duszności i lęku. Także i tu mieszczą się ośrodki płciowych uczuć i ruchów. Ośrodki naczynioruchowe umieszczone są wedle Owsiannikowa we wszystkich trzech częściach pnia mózgowego a mianowicie w szypułkach mózgowych (*pedunculi)*, moście Warola i w rdzeniu przedłużonym. Zadraźnienie ośrodków podkorowych sprawić przeto może nietylko omamy zmysłowe, ale także uczucia

duszności, lęku, zawrotów głowy, różne uczucia hipochondryczne i t. p.

Zadrażnienie tych ośrodków podkorowych skutkiem pewnych spraw odżywczych sprawia błędne wyobrażenie, jakoby to zadrażnienie pochodziło od przedmiotów zewnętrznych. Wedle Meynerta odbywa się cała czynność zmysłowa w ośrodkach podkorowych: w korze mózgowej zaś przychodzą otrzymane wrażenia zmysłowe tylko do świadomości i tu zostają zapamiętane, tracąc przytem zupełnie wszystkie cechy zmysłowości. Wedle Meynerta zadrażnienie wyłączne ośrodków zmysłowych korowych nie wywołuje przeto właściwych omamów zmysłowych, gdyż objawy w ten sposób powstałe różnią się co do swej siły i wyrazistości bardzo dobitnie od obrazów w powyższy sposób powstałych — te mają wybitną cechę zmysłową, gdy tamte mają być zupełnie podobne do obrazów, jakie dowolnie w wyobraźni sobie odtwarzamy. Wiemy przecież, że chociażby kto najżywszą miał wyobraźnię, nigdy nie potrafi pomyślanego tylko obrazu odtworzyć w tej sile i wyrazistości, by go nie mógł odróżnić od obrazu rzeczywistego.

Obrazy pamięciowe nie mają wedle Meynerta nic zmysłowego w sobie; obraz pamięciowy najjaskrawszego słońca niema w sobie ani bilionowej części światła robaczka świętojańskiego a zapamiętany huk najstraszniejszego wybuchu dynamitowego niema ani bilionowej części odgłosu, jaki daje włos padający na powierzchnię wody.

Właśnie dlatego, że obrazy pamięciowe nie mają ani śladu zmysłowości, odróżniamy je ściśle jako czynność wyłącznie duchową od czynności zmysłowych. Z tych powodów obrazy pamięciowe kory mózgowej nigdy nie bywają odnoszone na zewnątrz, gdyż kora sama jest nieczułą, ślepą i głuchą a spostrzeganie zmysłowe tworzy się całkowicie a więc wyłącznie i jedynie w ośrodkach podkorowych.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Zamordowanie dziecka w przeświadczeniu zabicia djabła.

Podał

Dr. Ignacy Jendl,

c. k. lekarz powiatowy i sądowy w Brodach.

W pierwszej połowie stycznia b. r. odbył się we wsi C. pogrzeb majętnego wieśniaka. Rodzina zmarłego zaprosiła po pogrzebie swych znajomych, którzy w pogrzebie uczestniczyli niosąc chorągwie wedle przyjętego tamże zwyczaju. Stypa kilkogodzinna odbyła się w karczmie, położonej w środku wsi. Jeden z gości, gospodarz, nazwiskiem W. H. uległ prędko działaniu napojów wyskokowych tak, iż potrzeba było zanieść go do domu późną porą nocną. Na prośby usilne T., żony upojonego i N., jego teściowej zabrali W. H. dwaj gospodarze D. Ł. i M. Ł. i ponieśli go ku domowi. Atoli w połowie drogi zatrzymali się i oświadczyli kobietom, iż z powodu zmęczenia nie mogą W. ponieść dalej. Wówczas N. przyniosła z karczmy kwartę wódki a, gdy się D. i M. nią pokrzepili, zanieśli ubezwładnionego W. do jego zagrody i tutaj złożyli go na łóżku. N. poczęstowała obu włościan wódką; to też ci dobrze podochoceni poczęli zaczepiać obie kobiety. Kobiety widząc, w jakim stanie znajdują się D. i M., uciekły z zagrody W. do domu N. pozostawiając bezwładnego W. i 3-letniego chłopca A., brata T., który się chował przy siostrze, na opiece obu podochoconych wieśniaków. Z tych oddalił się wkrótce M. do swego domu, D. zaś pozostał nadal, wypił resztę wódki a znojem całodziennym i wódką osłabiony osunął się na ziemię i usnął ciężkim snem; z tego snu przebudził go głuchy stuk w ciemnej izbie; zerwał się zatem i wybiegł po dłuższej chwili z chaty W. do swej rodziny zapominając zabrać swoją czapkę. Przybiegłszy do swojej zagrody z dala już, jak zeznaje córka jego, M., domagał się od żony pokarmu, gdyż, jak twierdził, zmęczył się bardzo zabijając djabła. Zaspokoiwszy głód usnął i obudził się dopiero późnym rankiem, poczem udał się do chaty W., aby odebrać zapomnianą ubiegłej nocy czapkę. Tymczasem T. i N., kiedy przybyły z rana do chaty W., ujrzały A. leżącego bez życia na łóżku obok uśpionego jeszcze W. Zwłoki A. mocno pokrwawione okazywały wiele obrażeń, głównie zaś naderwanie kończyn ciała i strzaskanie czaszki, z której miazga mózgowa dobywała się na zewnątrz. Podejrzenie padło na D., ten jednakowoż zachował się całkiem obojętnie wobec czynionych zarzutów, dodając, iż nie wie, z jakiej przyczyny kobiety (N. i T.) zaczepiają go podejrzeniem zbrodni. Pomimo zaprzeczań zaaresztowano go z polecenia sądu.

Na wniosek prokuratoryi rządowej w Z. badaliśmy wspólnie z Drem Strumińskim obwinionego pod względem zboczenia umysłowego. Wynik badania był następujący:

D. Ł., około lat 30 mający, wzrostu średniego, dobrze zbudowany, miernie odżywiony, o kośćcu dobrze rozwiniętym, mięśniach jędrnych, ogólnych powłokach (skórnych) bladych, czaszce nieco wydłużonej, zresztą prawidłowej, źrenicach obustronnie prawidłowo szerokich, okazuje przewlekły nieżyt gardła miernego stopnia, (*pharyngitis catarrhalis chronica*). Ruchy ciała nieco sztywne, ostre, zresztą prawidłowe. Język prawidłowo ustawiony, okazuje miernego stopnia drżenie, toż samo rozstawione palce (*tremor*). Badanie organów wewnętrznych nie przedstawia żadnych zmian chorobowych. Apetyt i trawienie obecnie prawidłowe. W młodości swej nie przebywał żadnych chorób ciężkich. Na wiele pytań sobie zadawanych odpowiada jasno. Opowiada szczegółowo obecność swoją najprzód na pogrzebie a potem w karczmie, podaje ilość wypitych kieliszków wódki, następnie całą przeprawę z przeniesieniem W. H. do domu. Podaje ilość wódki w drodze, jako też w domu W. H. wypitej, sposób cucenia tegoż, pobyt tamże aż do uśnięcia i powrotu bez czapki do siebie do domu. Sposób opowiadania żywy, płynny, połączony z giestykulacyami świadczy o znacznie wyrobionej inteligencyi wrodzonej i pamięci. Czasami daje widocznie z umysłu wymijające odpowiedzi. Stosunek badanego do W. H., jego żony T., teściowej N. jako też jej syna śp. A. był obojętny, nie wskazując na żadną nienawiść lub nieprzyjaźń.

Nie mogąc z jednokrotnego badania wydać stanowczego orzeczenia co do stanu umysłowego D. Ł., zażądaliśmy poddania go powtórnemu zbadaniu za kilka dni i wezwania na ówczas 7 letniej jego córki M., jako też W. H., T., N. i M. Ł., uważając osobiste przesłuchanie ich za niezbędne do ocenienia stanu, w którym obwiniony dopuścił się zbrodni.

Wobec tego przychylił się Sąd powiatowy w B. do naszego żądania. Wynik powtórnego badania przedstawił się:

D. Ł. zachowuje się psychicznie prawidłowo i odpowiada na zapytania zupełnie tak, jak poprzednio. Przesłuchana w naszej obecności (a w nieobecności ojca D.) M. Ł., nad wiek swój umysłowo rozwinięta odpowiada jasno i bardzo rozsądnie, przy czem jednak zaznacza, że w obecności ojca swego, z obawy przed nim, zeznań swych nie powtórzy. Zeznania jej robią wrażenie szczerej prawdy. Przesłuchani następnie przez nas W. H., T., N. i M. Ł., każdy z osobna, odpowiadają co do faktów tak samo, jak poprzednio w śledztwie.

Jak badany sam zeznaje i jak wykazują akta śledcze, a zarazem i liczni stwierdzają świadkowie, a to mianowicie M. D., D. S., J. H., W. H., córka D. M., M. O., P. H., S. R., W. W. i J. W., nadużywał D. Ł. napojów wyskokowych a mianowicie prostej nieoczyszczonej wódki.

Badany z usposobienia prędki, pod wpływem nadmiernej ilości wódki stawał się nieraz gwałtownym, wszczynał burdy, awantury, nie tylko w domu bił żonę i dzieci, lecz i po za domem, zwłaszcza często w karczmie. Wskutek działania wyskoku na ustrój wystąpiło u badanego przewlekłe nim zatrucie (*alcoholismus chronicus*), czego następstwem były jego czyny gwałtowne, potęgujące się po spożyciu większych dawek. W dniu 14. stycznia b. r. wypił badany — jak sam i świadkowie zeznają, najpierw na pogrzebie i po pogrzebie, następnie w karczmie, po drodze do W. H., jako też w domu jego znaczną ilość wódki (razem około $1^1/_2$ kwarty). Pod wpływem tej ilości wystąpiły u badanego, najprawdopodobniej jak w zatruciu przewlekłem, omamy wzroku, zwidywania (*hallucinationes*), widzenie straszydeł — a w danym przypadku djabła. W stanie tym cechującym się nadto popędem do niszczenia, mógł badany przy omamie wzroku dopuścić się zabójstwa dziecka, które uważał za djabła (który nań wylazł), zadając mnogą ilość obrażeń cielesnych, które go wkrótce pozbawić musiały życia.

Po spełnieniu czynu, dogodziwszy popędowi maniakowemu, umęczony fizycznie — przestraszony widzeniem djabła uciekł do domu bez czapki. W pierwszej chwili przyszedłszy do domu w przekonaniu, że spełnił heroiczny czyn, woła już na podwórzu i następnie wstępując do chaty chwali się przed żoną i córką, iż zabił djabła. Przyszedłszy jednak do częściowej świadomości, gdy zjadł, tem więcej gdy się przespał, w obawie przed grozą czynu i jego następstw postanawia całkowicie zaprzeczać wszystkiemu, co tyczyło się śmierci dziecka, a zgodnie z tem postanowieniem zaraz następnego dnia z rana udając się po czapkę do domu, gdzie dopuścił się zbrodni, zaprzecza wszelkim zarzucanym sobie czynom i spokojnie wychodzi z chaty.

Po 3-dniowej zwłoce podaliśmy następujące orzeczenie:

1) D. Ł. jest obecnie pod względem umysłowym zupełnie zdrów tak, iż za czyny swe obecne może odpowiadać. Ponadto okazuje pewnego stopnia inteligencyę i wrodzony spryt.

5) D. Ł. musiał nadużywać napojów wyskokowych, jak za tem przemawiają znaleziony u niego przewlekły nieżyt jamy ust i gardziela, drżenie języka i palców miernego stopnia, nadto i zeznania świadków, tyczące się wielu bójek, w których obwiniony zawsze brał czynny udział.

4) Z doświadczenia lekarskiego wypada, iż nałogowi opilcy łatwo podlegają zboczeniom umysłu pod wpływem nadużycia trunków; zboczenia te cechują się podnieceniem, omamami zmysłowemi i halucynacyami. Ponieważ obwiniony D. Ł. od dawna już oddawał się pijaństwu a przed popełnieniem zbrodni wypił półtorej kwarty wódki w ciągu krótkiego czasu, przeto zdaje się, że nie ulega wątpliwości, iż w stanie nienaturalnego podniecenia, przerażony zwidywaniami przykremi, dopuścił się zbrodni morderstwa dziecka, jednak w tem przeświadczeniu, iż zabija djabła.

4) Że zbrodni morderstwa dopuścił się w zamroczeniu umysłu, świadczy przede wszystkiem okoliczność zeznaniami świadków potwierdzona, iż nie żywił złości ani do dziecka zabitego, ani do jego rodziny, wreszcie i sam sposób popełnienia zbrodni. Sądząc bowiem z uszkodzeń, jakie wykazano na zwłokach, musiał obwiniony z nieludzką zaciętością pastwić się nad ofiarą.

5) Chociaż obwiniony popełnił zbrodnię sobie zarzuconą w stanie zboczenia umysłowego, to przecież jest on czynu swego niezawodnie częściowo świadomym a tylko z rozmysłu tłómaczy się wobec sądu nieświadomością zajścia.

6) Obwiniony zabijając dziecię, nie uczynił tego rozmyślnie, lecz w przeświadczeniu, iż zabija czarta.

III.

Otrzymujemy następujące pismo:

Szanowna Redakcyo!

Upraszam uprzejmie o łaskawe umieszczenie następującej wzmianki:

Po wydrukowaniu już rozprawy p. t.: *O wessaniu ciał nierozpuszczalnych z jam surowiczych*, przekonałem się z przykrością, że w zarysie historycznym, umieszczonym na wstępie tej rozprawy, pominąłem pracę prof. Obalińskiego, ogłoszoną w roku 1880. w *Przeglądzie lekarskim* p. t.: *Doświadczalny przyczynek do przetaczania krwi do jamy otrzewnowej*. Lubo praca ta niezupełnie wchodzi w zakres moich badań, które miały na celu wykazanie dróg, któremi ciała nierozpuszczalne dostają się z jam surowiczych do obiegu krwi, mimo to uważam za obowiązek swój po krótce wspomnieć o cennej rozprawie prof. Obalińskiego, by w ten sposób naprawić błąd popełniony przez jej przeoczenie.

Doświadczenia wykonane przez prof. O. miały na względzie zbadanie, jak szybko krew wstrzyknięta do jamy brzusznej ulega wessaniu, a to w tym celu, aby wyjaśnić, czy proponowane przez Ponficka wstrzykiwanie krwi do jamy otrzewnowej w celach leczniczych jest racyonalne. Prof. O. obrał w badaniach swych dwie drogi. W jednej seryi doświadczeń śledził postęp resorpcyi w ten sposób, że badał ilość ciałek we krwi zwierzęcia przed wstrzyknięciem, jako też i przez kilkadziesiąt godzin po wstrzyknięciu krwi do jamy otrzewnowej; w drugim szeregu doświadczeń sprawdzał wprost we zwłokach, w jakim czasie wprowadzona do jamy brzusznej krew ulega w zupełności wessaniu. Doświadczenia te wykazały, że resorpcya krwi z jamy otrzewnowej odbywa się bardzo powoli (na 1 kg. zwierzęcia i godzinę 0·5—0·6 grm. krwi), że krew, która uległa wessaniu z jamy brzusznej rzeczywiście dostaje się do naczyń krwionośnych i przyczynia do powiększenia ilości ciałek krwi w ogólnym obiegu; przybytek ciałek czerwonych krwi wynosił w tych doświadczeniach 12—48%. *A. Beck.*

IV. Oceny i sprawozdania.

Pamiętnik oddziału chirurgicznego

szpitala św. Łazarza w Krakowie wydany przez prof. Dra Alfreda Obalińskiego, lekarza naczelnego tegoż oddziału przy współudziale prof. Dra P. Pieniążka, Drów S. Blatteisa, W. Jeża, F. Krzyształowicza, C. Podgórskiego, M. Rutkowskiego i L. Wachholza, Architekty Karola Zaremby i Rządcy szpitala A. Bieńkowskiego.

Kraków, nakładem Wydziału krajowego Król. Galicyi i Lodomeryi. 1893. Duża 8-ka, str. 211.

W dniu 7. b. m. rozdano wszystkim uczestnikom uroczystości otwarcia nowego pawilonu chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza powyższą książkę, wydaną przez długoletniego kierownika oddziału, profesora Obalińskiego za udziałem jego współpracowników lekarskich, technicznych i administracyjnych, jako trwałą pamiątkę tej pięknej i podniosłej chwili, w której z jednej strony kraj idąc z pomocą cierpiącej ludzkości i nie szczędząc wcale kosztów oddał na jej usługi nowy wspaniały gmach, gdzie chorzy z rąk dzielnego prymaryusza oddziału mają odzyskiwać nadwichnięte swe zdrowie, z drugiej zaś strony koledzy — starsi przejęci uznaniem dla cennych przymiotów charakteru kolegi, młodsi kierując się uczuciem wdzięczności dla swego zacnego nauczyciela, składali publiczny hołd 25 letniej uczciwej i sumiennej pracy.

Pamiętnik ten przedstawia się jako okazała książka niepotrzebująca się obawiać porównania z żadnem podobnem wydawnictwem zagranicznem. Po wstępie przedstawiającym w krótkich rysach historyę oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza pióra prof. Obalińskiego natrafiamy na 2 tablice statystyczne. Cyfry te na pozór martwe a przecież tak bardzo wymowne. Z wykazu ruchu chorych w oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza w Krakowie od początku roku 1871. do końca roku 1892. dowiadujemy się, że w r. 1871 leczono w tymże oddziale 643 chorych a w r. 1892 1308. Dołączony zaś wykaz operacyj wykonanych w oddziale chirurgicznym od 1-go lipca 1870 do 30-go czerwca 1893 roku podaje, że liczba operacyj, przeważnie wielkich, kapitalnych, doszła do ogólnej cyfry 9091. Jeżeli prawdziwą jest zasada uznana od dawna przez starych lekarzy, że szpitale tylko wówczas są próżne, jeżeli albo strawa w nich niesmaczna albo lekarze niedobrzy, to chyba wobec tych cyfr zarzut podobny lekarzy oddziału chirurgicznego a zwłaszcza jego szefa spotkać nie może.

Nic więc też dziwnego, że prace ogłoszone w *Pamiętniku*, oparte na bogatym, dokładnie obserwowanym i należycie zużytkowanym materyale oddziałowym, zawierają przepiękną wiązankę wniosków i zasad wynikłych z doświadczenia sumiennego lekarza umiejącego korzystać zarówno z przypadków pomyślnych jak i niepomyślnych. To też książkę czyta się z prawdziwem zajęciem a lekarz młodszy, mniej może *in chirurgicis* doświadczony, arcywiele tam może się nauczyć.

Między pracami temi prym wodzi artykuł prof. Obalińskiego pod tytułem: O laparotomii w niedrożności jelit wewnętrznej na podstawie 110 własnych przypadków. Oparty na materyale, jakiego mu pozazdrościć może chyba każdy chirurg w Europie, wysnuwa zeń autor wnioski, które sobie każdy lekarz sumienny złotemi głoskami zapisać winien jako dyrektywę i regułę w swem postępowaniu wobec przypadków powikłania jelit. Nie myślę tu streszczać pięknej tej pracy, gdyż Czytelnicy *Przeglądu lekarskiego* w zarysach i tak ją już znają z wyczerpującego sprawozdania z 5-go zjazdu chirurgów polskich umieszczonego w Nrze 31 a w streszczaniu prawdziwie żal by było uronić aby jedno zdanie. Możemy tylko każdemu jak najgoręcej polecić sumienne przestudyowanie całej rozprawy napisanej z głębokiem przejęciem się sprawą stylem potoczystym i łatwym.

Nie mniej cenną jest praca prof. Pieniążka pod tytułem: Choroby krtani i tchawicy leczone w oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza od r. 1870—1892. Bogaty materyał został starannie ugrupowany przez autora, który w znacznej części sam przypadki tu opisane obserwował i operował, ciesząc się równem powodzeniem w zabiegach endolaryngealnych, jak i w operacyach już czysto chirurgicznych, wykonanych z zewnątrz. Musiałbym przekroczyć ramy niniejszego referatu, gdybym chciał przejść szczegółowo przypadki grupami według dokonanych operacyj, przez autora zestawione. Powtórzyć tu tylko wypada, że zarówno autor jak i prof. Obaliński są gorącymi zwolennikami laryngofisyi, którą wykonano 46 razy z najrozmaitszych wskazań, częstokroć w stósunkach nader trudnych i przykrych. Operacyę tę, zarówno jak i wycięcie całkowite krtani robi się obecnie w szpitalu św. Łazarza zazwyczaj bez poprzedniej tracheotomii, przy zwieszeniu głowy, przez co unika się niebezpieczeństwa aspiracyi krwi i uszczuplania bez potrzeby pola operacyjnego przez zakładanie kaniuli tracheotomijnej.

Nadmienić tu też wypada, że z pomiędzy trzech przypadków wycięcia całej krtani dokonanego przez prof. Obalińskiego w jednym nie znaleziono recydywy jeszcze po $1\frac{1}{2}$, w drugim nawet po 2 latach. Co do reszty arcyciekawej kazuistyki, odesłać musimy interesujących się przedmiotem do oryginalnej rozprawy.

Po pracy prof. Pieniążka następuje artykuł Dra Blatteisa zatytułowany: Pogląd statystyczny na nowotwory rakowe leczone .... nie kuszący się, jak sam autor przyznaje, o rozwiązanie ani rozjaśnienie żadnych zagadnień a pragnący tylko być sprawozdaniem z dwudziesto-trzechletniej na tem polu czynności. Założeniu temu praca ta w całości czyni zadość. Raków w tym czasie leczono u prof. Obalińskiego w oddziale 900 a mianowicie 673 przybłoniaków a 227 innych form. W pierwszej grupie znaczną przewagę mieli mężczyźni (rak wargi dolnej), w drugiej kobiety (sutki, macica); 201 razy zdołał autor zasięgnąć wieści o dalszych losach operowanych po opuszczeniu zakładu a mianowicie u 57 nie pojawiła się recydywa (w niektórych przypadkach nawet po 4 latach). Reszta w rozmaitych okresach doznawała nawrotu czyto w miejscu pierwotnej choroby, czy też w organach odleglejszych. Dziedziczności nowotworów złośliwych autor wykazać nie mógł; natomiast do rzędu okoliczności usposabiających i wywołujących powstanie nowotworu oprócz powszechnie przyjętych na podstawie 3ch szpitalnych obserwacyj zalicza także i uraz. Postępowanie wobec raków, w ostatnich zwłaszcza latach, było zawsze energiczne t. j. oprócz nowotworu usuwano zawsze i najbliższe a czasem i dalsze gruczoły limfatyczne. Zwrócić tu jednak wypada uwagę, że w 21 przypadkach i to nawet dość rozległych raków wargi dolnej gruczoły po operacyi zmniejszyły się lub zupełnie powiększenie ich ustąpiło.

Również nader ważną dla praktyki jest obserwacya, potwierdzona także w oddziale prof. Obalińskiego przez Dra Hempla, iż robiąc skrawki z brzegów rany po wycięciu raka wargi dolnej, choć dość daleko od granicy raka biegnącej, napotkać można wąskie smużki nowotworu rakowego idące promienisto od granic nowotworu a odpowiadające naczyniom limfatycznym.

Piękna praca przedwcześnie zgasłego Dra Podgórskiego i Dra Rutkowskiego zatytułowana: Pogląd statystyczny na przepukliny leczone . . . przeplatana licznemi i zajmującemi obserwacyami kazuistycznemi daje dokładny obraz wszystkich przypadków przepuklin leczonych w szpitalu. Prof. Obaliński jest gorącym zwolennikiem operacyj radykalnych hernii, które wykonywał zarówno wobec przepuklin wolnych jak i uwięzłych, kilkakrotnie nawet po dokonaniu pierwotnej resekcyi

jelit z powodu zgorzeli. Co do metody, to między r. 1888 a 1890 operowano przeważnie według Mac. Evena z modyfikacyą Obalińskiego a odtąd prawie wyłącznie według Bassiniego. Tego ostatniego sposobu użyto wogóle 73 razy, przeważnie z dobrym wynikiem. Wobec zgorzeli jelit wskutek uwięźnięcia przepukliny w zasadzie Obaliński jest zwolennikiem resekcyi i szwu doraźnego a odstępuje od tej zasady tylko wobec wyjątkowych i bardzo rzadkich przeciwskazań.

Prace Drów Krzyształowicza i Jeża: O leczeniu zwężeń cewki moczowej i otoków ropnych klatki piersiowej zaznajamiają nas z tyczącym się tego materyałem szpitalnym. Przytoczyć tu należy, że Obaliński 6 razy wykonał torakoplastykę celem usunięcia długotrwałego ropienia opłucnowego a mianowicie 8 razy z wynikiem zupełnie pomyślnym, 2 razy wynik ostateczny nie był wiadomy a jeden chory, u którego operacyę tę 2 razy musiano wykonać, umarł z gruźlicy przed wygojeniem się sprawy opłucnowej.

Szereg prac ściśle lekarskich kończy piękna rozprawa Wachholza: O złamaniach kości tułowia i kończyn pod względem sądowo-lekarskim.

Dalej następuje opis nowego pawilonu chirurgicznego przez architekta Karola Zarembę, twórcę i kierownika budowy tegoż pawilonu. Z opisu tego dowiadujemy się, że pawilon ma dwie sale operacyjne przedzielone od siebie małym pokoikiem, w którym umieszczono sterylizatory dla opatrunków, bielizny i t. p. Sala większa mogąca służyć zarazem za salę wykładową, przeznaczona jest dla operacyj zwykłych, jestto sala antyseptyczna; w drugiej mniejszej wykonywane będą jedynie operacye aseptyczne. Urządzenie tych sal odpowiada najzupełniej wszelkim wymaganiom nowoczesnej chirurgii. Dla pomieszczenia chorych służą 4 sale (po 2 na piętrze), na 26 m. długie, 8·5 m. szerokie a 4·5 m. wysokie, mieszczące w sobie po 24 łóżek dla chorych i jednem łóżku dla posługacza tak, że na jedno łóżko przypada 39·78 m. sześć. powietrza. Łóżka są żelazne, zaopatrzone w materace włósienne, szafki przy nich również żelazne. Do każdej z wielkich sal należy mały pokoik opatrzony w zlew i kuchenkę żelazną do ogrzewania potraw, jak niemniej i własna łazienka. Oprócz tego jest jeszcze kilka mniejszych pokoi dla chorych I. i II. klasy. W całym domu jest zaprowadzony wodociąg, do którego dostarcza wody motor gazowy o sile 2 koni z własnej studni, niedaleko pawilonu się znajdującej. Oprócz tego urządzono jeszcze drugi wodociąg dostarczający ciepłej wody do kąpieli i do sal operacyjnych. Ogrzewanie i wentylacya centralne systemu i wykonania Kurza, Rietschla i Henneberga; oświetlenie w salach operacyjnych, na kurytarzach, schodach i wychodkach gazowe, w salach chorych naftowe.

Wogóle należy przytoczyć, że w budowie pawilonu zużytkował budowniczy wszelkie zdobycze na polu architektury zakładów lekarskich i uczynił zadość ich wymaganiom, zadawalniając równocześnie i lekarzy i Wydział krajowy stojący na straży raz uchwalonego preliminarza.

Trzebicky.

Terapia.

Lorand: O leczeniu wrzodu miękkiego ciepłem metodą Welandera.

(Z oddziału szpitalnego Dra Welandera w Sztokholmie.)

Sposób Welandera leczenia wrzodu miękkiego opiera się na doświadczeniach W. Boeka i Auberta, z których wypada, iż jad wrzodu miękkiego traci przez ogrzanie do 40° C. swą zaraźliwość a sposób ten jest tak skuteczny, jak o tem przekonał się osobiście Lorand, iż chorzy z wrzodami nawet bardzo rozległemi już po dwóch dniach leczenia opuszczają szpital.

Otóż ten sposób Welandera jest następujący:

Do pokoju osobno w tym celu urządzonego doprowadzają wodę dwie rury, jedna ciepłą, druga zimną. Rury te służą do napełniania dosyć dużego zbiornika miedzianego wodą, mającą mniej więcej 50° C. a do utrzymania tej temperatury służy mały płomień gazowy. Z tego zbiornika wychodzi woda przez rurę naprzód kauczukową, potem ołowianą a następnie znów kauczukową do kanki. Od zbiornika odchodzą dwa takie wodociągi, by można naraz leczyć po dwóch pacyentów.

Z doświadczenia pokazuje się, iż wrzodom trzeba nadać temperaturę 41° C. i że do tego, rachując na oziębienie się wody w rurach, trzeba mieć temperaturę 50° C. w zbiorniku. —

Ażeby do tego celu dojść a przecież nie oparzyć, odcina się naprzód brzegi podminowanych wrzodów, pokrywa wrzód małemi płatkami bawełnianemi, w wodzie ciepłej zmaczanemi, które przyciska się ściśle do wrzodu, na to daje się kilka pokładów waty również zmaczanej w ciepłej wodzie i to wszystko obwija rurą ołowianą, następnie watą i jeszcze papierem gutaperkowym.

To opatrzenie zmienia się ze względu na potrzebę oddawania moczu i kału po trzy razy dziennie. Pacyent leży przez dwa dni w łóżku, poczem wrzód jest zupełnie czysty, traci zupełnie swą zaraźliwość tak, iż dalsze leczenie odbywać się może w domu.

Po dwóch dniach takiego leczenia okazuje wrzód następujące zmiany: żółte dno jego ginie już po 10 do 12 godzinach; po największej części już po jednym dniu wrzody wyglądają czysto, zaczynają się wypełniać, nacieki w sąsiedztwie znikają a wydzielanie się ustaje zupełnie. Po dwóch dniach miejsce wrzodów zajmują rany czyste z granulacyami. Dla przyspieszenia wyleczenia można dalej jeszcze używać ciepła w sposób co właśnie podany. Po skończeniu tego leczenia używa Welander z bardzo pomyślnym skutkiem dermatolu.

Oczywiście, że po dwóch dniach leczenia ciepłem według sposobu Welandera wrzody nie są i nie mogą być już zupełnie zagojone, ale jestto już bardzo wielkiem dobrodziejstwem dla chorych, że po dwóch dniach mogą opuścić szpital i że wrzody ich przemieniły się w czyste rany, rzecz prosta, najzupełniej nie zaraźliwe.

Największe jednak korzyści ze sposobu Welandera widzi Lorand w uniknieniu dymienic. Jakoż na 118 przypadków nie przyszło w oddziele Dra Welandera ani razu do dymienic, jeżeli tylko leczenie rozpoczęło się wkrótce po powstaniu wrzodu, pierwej, nim zaczęły obrzmiewać gruczoły limfatyczne. (*Wiener med. Wochschr. 40. 1893*). *D.*

Notatki terapeutyczne.

Do obojętnej masy pigułkowej podaje Carles następujący przepis:

121) Rp. *Kaolini* *partes duas*
Natrii sulfurici deshydrati
Aquae destil.
āā partem unam.

Masa ta jest plastyczną i daje się urobić przez 6 do 10 minut a po kwadransie twardnieje zupełnie; dzięki swej zupełnej obojętności nadaje się bardzo dobrze do połączeń metalicznych, łatwo rozkładających się, jak azotan srebrowy, chlorek złota, jodek rtęci, nadmanganezan potasowy i t. d. (*Pharm. Journal and Transact. 1893*).

Gaemo zaleca następującą zasypkę dla dzieci:

122) Rp. *Aluminis*
Acidi borici
āā partes 15
Calcii carbon. praecipit. 150 partes
Amyli puri 250 „
Acidi carbolici 3 „
Olei citrici *aliquas guttas.*
(*Schw. Wochschr. f. Pharmacie. 1893*).

Rossolo i Macdonald zalecają przeciw krwawnicom (*haemorrhoides*) czopki sporządzone podług przepisu:

123) Rp. *Chrysarobini* 0·06
Butyri de cacao 1·80
Jodoformii 0·015
Exti belladonnae 0·006
M. f. l. a. suppositorium.

V. La première ovariotomie faite en France avec succès.

Pod takim nagłówkiem zamieszcza Dr. Rolland w nrze 39. tygodnika *Le Progrès medical* oznajmienie, które z wielu względów nie powinno być dla nas obojętne.

Ażeby uwidocznić wszystkie odcienia przewodniej myśli Dra Rollanda, przytaczamy list jego niemal w całości:

„Jeśliby zapytano się, powiada Rolland, ucznia pierwszego roku medycyny, jak się nazywał chemik, który wynalazł sposób barwienia drobnoustrojów, pytanie to nie sprawiłoby mu wiele kłopotu; natomiast gdyby zagadnięto grono lekarzy, jak się nazywał ten operator, który pierwszy nietylko we Francyi, lecz i w całej Europie (z wyjątkiem Anglii) dokonał z pomyślnym skutkiem owaryotomii, cztery piątych przyznałoby się do niewiadomości.

„Autorowie, którzy kreślili dzieje tej, tak dziś ważnej operacyi, wymieniając nazwisko tego niepospolitego lekarza, przekręcają je, gdyż nie Woyerkowski, lecz Wóycikowski nazywał się ten zdolny chirurg, który swoją biegłością i talentem dowiódł możności wykonania operacyi, którą pierwszorzędne powagi chirurgiczne owego czasu nazwały bezmyślnem szaleństwem.

„Jestem w posiadaniu, pisze Rolland, świadectwa dojrzałości Wóycikowskiego z r. 1837 i jego dyplomu na stopień doktora medycyny, wydanego przez Akademię w Montpellier 1840 r. oraz czytelnego poświadczenia odbioru tych dokumentów przez Wóycikowskiego.

„Wspomniona operacya odbyła się dnia 28. kwietnia 1844 r. we wsi Montfort, w asystencyi Drów Matoszewicza i Mourseta.

„Dziennik *Le Franc-Comtois* w nrze 46. z dnia 8. czerwca 1844 r. ogłosił następujący list naocznego świadka operacyi:

Panie Redaktorze!

Masz chwalebny zwyczaj ogłaszania wszystkiego, co nosi na sobie znamię niepospolitości; upraszam więc Cię o zamieszczenie wiadomości pierwszorzędnej wagi.

Dr. Wóycikowski, Polak, stale zamieszkały w miasteczku Quingey, dokonał z zupełnem powodzeniem niezwykłej operacyi. Wyciął on przez powłoki brzuszne guz olbrzymich rozmiarów, ważący $3^1/_4$ klg., z którym złączona była bezkształtna gruda szczątkowa płodu. Aktowi operacyjnemu asystowali umyślnie w tym celu przybyli głośnego imienia lekarze: Matoszewicz i Mourset. Jako świadek naoczny nie mogę zataić swego zdumienia tak dla wiedzy i zręczności szczęśliwego operatora, jak i nadziemskiej odwagi i cierpliwości operowanej, pani Reptomar z Montfort, która podczas całej operacyi dosłownie miała swe trzewa złożone na udach.

Operacyą tą niezawodnie wzbogaci Dr. Wóycikowski roczniki nauki lekarskiej a tego rodzaju przysługą odpłaci on hojnie i szlachetnie gościnność, której mu Francya użyczyła.

Quingey, 3. czerwca 1844 r. *G. D.*

„Operowana, pani Reptomar, zmarła dopiero przed kilku laty.

„Dr. Wóycikowski urodził się d. 15. sierpnia 1809 r. w Sandomierzu. Po ukończeniu nauk lekarskich osiadł w małej mieścinie Quingey, gdzie przebywał do r. 1861; tego rodzaju partykularz nietylko nie dał pola dla działalności tak wysoce uzdolnionego człowieka, lecz nie zapewnił mu nawet bytu materyalnego. W r. 1861 przeniósł się Wóycikowski do Paryża; nie posiadając jednak gotówki nie miał o czem przeczekać przednowku i niepoznany, jeśli niezapoznany, popadł w niedostatek; następnie przeniósł się na dożywocie w Dijon i tam dokonał żywota w roku 1882, dnia 18. marca.

„Po wieloletniej chorobie zmarł w r. 1891 syn ś. p. Wóycikowskiego, urzędnik kolejowy niższego stopnia. Pozostała wdowa z dwojgiem dzieci z pracy rąk zdobywa sobie chleb powszedni. Wnukowie Wóycikowskiego, lekarza, który pierwszy we Francyi wykonał tę operacyę, która od r. 1867 milionów przysporzyła chirurgom po wielkich miastach, cierpią głód!

„Atoli nie wyciągam ręki, pisze Rolland, dla rodziny Wóycikowskiego, która mnie do tego nie upoważniła. Poczuwam się jednak do obowiązku zawiadomienia szerokich kół lekarskich, że zarząd miasta Dijon przemienia cmentarz, na którym spoczywają zwłoki Wóycikowskiego, na obszar budowlany; a skoro wnukowie nie mają środków do przeniesienia szczątków śmiertelnych swego dziada na cmentarz nowy, prochy Wóycikowskiego rozwieje wiatr.

„Żywo pragnę oszczędzić naszym znakomitym chirurgom wyrzutu, który pierwszy lepszy dziennik polityczny mógłby im cisnąć w twarz, że nie posiadali dosyć wspaniałomyślności uczynienia tego dla Wóycikowskiego, co okulista Haltenhoff z Genewy a za nim ogół lekarski zdziałali dla innego znowu miasteczkowego lekarza, który nosił imię Daviel [1])".

Wreszcie, zakończa swój list Rolland, oświadcza, że rodziny Wóycikowskiego osobiście nie zna a natomiast posiada autografy i fotografię jego.

Dr. E. Rolland
Redaktor *Bulletin d'Oculistique de Toulouse.*

W przypisku zawiadamia Rolland, że administracya [2]) jego dziennika przyjmuje składki, które nie mają być wyższe nad 2 franki, z wyjątkiem dla profesorów uniwersytetu i lekarzy wielkiego używających rozgłosu.

Dr. A. Kwaśnicki.

VI. Sprawozdanie z V. Zjazdu chirurgów polskich.

Podał
Dr. Karol Klecki.
(Dok. Patrz Nr. 40).

Z powodu spóźnionej pory zapowiedziana sekcya psa, któremu Dr. Klecki wykluczył pętlę jelita cienkiego przed 70 dniami, nie doszła do skutku podczas posiedzenia zjazdu.

Również nie odbyły się wykłady Dra Sawickiego (z Warszawy): W sprawie ropni wątroby oraz Dra Kryńskiego (z Krakowa): O antyseptyce w jamie brzusznej.

[1]) Davielowi lekarze francuscy wystawili pomnik.

[2]) Redakcya *Przeglądu lekarskiego* w Krakowie a Dr. Chądzyński we Lwowie przy ulicy Sobieskiego Nr. 4 przyjmują datki na cel, o którym mowa.

Ciąg dalszy dyskusyi nad wykładem prof. Obalińskiego.

Prof. Gluziński jeszcze raz oświadcza, że objawy przytoczone przez prof. Obalińskiego nie są jedynemi objawami patognostycznemi w niedrożności jelit, że występują one częstokroć późno i że brak ich bynajmniej nie wyklucza mechanicznej niedrożności jelita. Internista, zawezwany do przypadku, w którym rozpoznanie nie jest pewne, musi myśleć o wielu innych chorobach, przede wszystkiem zaś o *ileus paralyticus*. Co się zaś tyczy terapii, to nawet w tych przypadkach, w których z pewnością rozpoznano niedrożność mechaniczną, można się czasami obejść bez operacyi. Prof. Gluziński, będąc asystentem kliniki wewnętrznej, miał przypadek mechanicznej niedrożności jelita, przywieziony do kliniki na 6-ty czy 7-my dzień po wystąpieniu choroby. Po stósowaniu przez noc całą masażu, wysokich wlewań i elektryzacyi, chory oddał stolec i laparotomia stała się zbyteczną. Jeśli objawy przytoczone przez prof. Obalińskiego wystąpiły, przemawiają one za mechaniczną niedrożnością; wobec późnego ich występowania niepodobna jednak żądać od internistów, by w przypadkach wątpliwych rozpoznawali sprawę po upływie pierwszych 12 tu godzin po zasłabnięciu.

Prof. Rydygier przypomina prof. Obalińskiemu, że nieobecny na dzisiejszem posiedzeniu Dr. Schramm zapytywał się, czy wobec systemu, jakiego przez tak długi czas trzymał się prof. Obaliński, t. j. wobec tego, że każdy przypadek niedrożności jelita, nawet wątpliwy, laparotomował próbnie, nie zdarzyło się, że operacya w danym przypadku okazała się niepotrzebną.

Prof. Obaliński odpowiada, że okazało się to w jednym przypadku (na 110).

Prof. Rydygier oświadcza w dalszym ciągu, że przypadki mechanicznej niedrożności jelita, które dostają się do kliniki chirurgicznej, stanowią materyał, który już był przeszedł przez ręce lekarzy; rocznie przybywa do kliniki po 3—4 takich przypadków. Przy usilnej pracy asystentów udaje się w niektórych przypadkach, w których ruchy przeciwrobaczkowe jelit już były wystąpiły, sprowadzić stolec za pomocą środków mechanicznych. W zaparciu kałowem znacznego stopnia może również wystąpić zwiększenie się ruchu robaczkowego jelita. Nie podlega wcale dyskusyi, że należy operować w każdym przypadku niedrożności jelita, powstałej wskutek zmian bliznowatych w jamie otrzewnej; rozpoznanie jednak w podobnych przypadkach bywa czasami bardzo trudne a nawet niepodobne. W praktyce prywatnej stosunki są jednak odmienne, jak w klinice: w klinice, mając wszystko pod ręką, można prędzej zwlekać z operacyą i próbować wywołać stolec środkami mechanicznemi, gdyż chory jest stale pod okiem lekarza; w praktyce prywatnej nie zawsze to jest możebnem; ztąd pochodzi zarzut, że czasami operuje sie niepotrzebnie. Prof. Rydygier, uwzględniając trudności rozpoznania, nie żąda od internistów dyagnozy tak wczesnej, jak tego pragnie prof. Obaliński, lecz sądzi, że rozpoznanie w trudnych przypadkach i zawiłych może wymagać i dwóch do trzech dni po zasłabnięciu. Objawy przytoczone przez prof. Obalińskiego w rozpoznaniu choroby bezwątpienia ważną odgrywają rolę; mowca prosi prof. Obalińskiego o wyjaśnienie, kto właściwie pierwszy zwrócił uwagę na ruch przeciwrobaczkowy w niedrożności jelita: prof. Obaliński czy Schlange?

Doc. Dr. Bossowski (z Krakowa) występuje głównie przeciwko zapatrywaniu się prof. Gluzińskiego, jakoby w niektórych przypadkach mechanicznej niedrożności jelita można było obejść się bez operacyi. Mowca powołuje się na przypadki kliniczne z czasów swojej asystentury w klinice chirurgicznej. W roku 1888 przybył do kliniki chory z objawami *ileus*; przez energiczne stósowanie wlewań Hegara wywołano wreszcie stolec i chory po 3 dniach zakład opuścił. Po upływie 7 miesięcy przybył powtórnie do kliniki również z objawami *ileus*; wlewania nie pomogły już jednak. Operacya wykazała uchyłek Meckela i uwięznięcie jelita około tego uchyłka. Wycięto jelito. Przypadek ten zakończył się śmiertelnie. W drugim przypadku rozpoznano w klinice zatkanie jelit kałem (*obstructio intestini stercoralis*); przez wlewania Hegara wywołano stolec; chory począł gorączkować, przeniesiono go do kliniki wewnętrznej, gdzie zmarł. Sekcya wykazała skręcenie, zgorzel i przedziurawienie zagięcia esowatego. Na zasadzie tych dwóch przypadków dochodzi mowca do wniosku, że sprowadzenie stolca przez wlewania Hegara nie zawsze daje wyniki pomyślne dla chorego. Gdyby w pierwszym przypadku przystąpiono odrazu do operacyi, chory mógłby być uratowanym. Doc. Dr. Bossowski obserwował trzeci przypadek, w którym chorego przez 12 dni po zasłabnięciu bezskutecznie leczono w domu. Nareszcie przywieziono go do kliniki, gdzie również po wlewaniach Hegara przez 2 godziny udało się sprowadzić stolec. W stolcu tym znalazł mowca kalomel i inne leki poprzednio zadawane w masie kałowej zupełnie niezmienione, które oczywiście więc nie mogły były zupełnie działać na ustrój. Gdyby wcześniej w przypadku tym wykonano operacyę, chory byłby z pewnością rychlej uleczony.

Dr. Wehr (ze Lwowa) zgadza się z profesorem Gluzińskim, że brak objawów przytoczonych przez prof. Obalińskiego nie wyklucza mechanicznej niedrożności jelita. Z drugiej strony objawy te występują czasami w przypadkach nienadających się zupełnie do operacyi. W jednym przypadku, w którym wystąpiły objawy niedrożności jelita i w którym już zdecydował się na laparotomię, okazało się, że objawy te sprowadził tampon, pozostawiony w odbytnicy po operacyi hemoroidów.

Dr. Sawicki (z Warszawy) przytacza przypadek z kliniki chirurgicznej warszawskiej, w którym wystąpiły objawy niedrożności jelita; wzdęcie ogólne brzucha było niewielkie, wzdęcie zaś miejscowe w okolicy kątnicy bardzo znaczne. Prof. Jefremowskij wykonał laparotomię, nie znalazł przyczyny niedrożności, założył *anus praeternaturam*. Chora umarła a przy sekcyi (dokonanej przez Dra Przewoskiego) nie można było wykazać w przewodzie pokarmowym żadnych zmian anatomicznych prócz nieżytowych.

Dr. Blatteis (z Krakowa) zwraca uwagę, że w ostrem zapaleniu otrzewny samodzielnem występują często te same objawy (zapad, wymioty, kłębowanie jelit i t. d.) jak w mechanicznej niedrożności jelita. Nie mamy więc w niektórych przypadkach żadnego kryteryum do rozróżnienia tych chorób od siebie.

Prof. Mars (z Krakowa) uważa, że w tych przypadkach mechanicznej niedrożności jelita, w których nie wystąpiły objawy przytoczone przez prof. Obalińskiego, występują często inne objawy, z których można sądzić o naturze cierpienia. Zresztą na tem polu niezbędne są jeszcze dalsze badania, które być może, wykażą jeszcze i inne objawy. Prof. Mars obserwował przypadek, w którym powoli nagromadziły się w jelicie bardzo znaczne masy kałowe; w przypadku tym występowały ruchy robaczkowe jelit, ale ruchy te były bardzo powolne. Dalej zapytuje się prof. Mars prof. Obalińskiego, jak zakończyły się te przypadki, w których nie operował. W jednym przypadku obserwowanym wspólnie z prof. Obalińskim, w którym i prof. Obaliński nie uważał laparotomii za wskazaną, nastąpiło obfite wypróżnienie po zadaniu makowca.

Prof. Rydygier sądzi, że w tych przypadkach, w których rozpoznanie jest wątpliwe, można się namyślać przez jeden lub dwa dni nie czyniąc tem choremu wielkiej krzywdy. Wzdęcie brzucha miejscowe i ruchy przeciwrobaczkowe w przypadkach mechanicznej niedrożności jelita nie zawsze dadzą się wykazać klinicznie. Jeśli jest skręconem S rzymskie, wzdęcie brzucha jest bardzo wielkie a po za wzdętą pętlą leży niemal całe jelito cienkie tak, że ruchów przeciwrobaczkowych często dostrzedz nie można. Pod względem rozpoznawczym mają objawy, przywiedzione przez prof. Obalińskiego, wielką doniosłość; nie są one jednak ani tak stałe, ani tak patognostyczne, jak twierdzi prof. Obaliński.

Prof. Gluziński (z Krakowa) zwraca uwagę, że pomimo objawów przytoczonych przez prof. Obalińskiego lekarz jest często w pewnych przypadkach w kłopocie nie tylko co do natury, ale i co do siedliska choroby. W *enteroptosis* np. czasami miewa się wątpliwości, czy wydęte jelito jest żołądkiem, czy też kiszką grubą. Talma wykazał, że ponad zwężeniem jelita wskutek zboczeń w krążeniu gromadzą się w pętli doprowadzającej nietylko gazy, ale i treść płynna. Trzeba więc baczyć na to, jaką jest treść wzdętej pętli. Dalej odpiera mowca zarzuty doc. Dra Bossowskiego oraz wspomina o *asphyxia vomitoria*, jako o przyczynie śmierci podczas operacyi w przypadkach niedrożności jelita. Zdaniem prof. Gluzińskiego wymioty następują tu nie płynem nagromadzonym ponad przeszkodą, lecz płynem nagromadzonym w żołądku; w takich przypadkach należy więc usunąć niebezpieczeństwo przez przepłukanie żołądka.

Prof. Walentowicz (z Krakowa). Większe zwierzęta domowe, np. konie, chorują bardzo często na *ileus*, zwłaszcza z powodu *volvulus*. Samo wzdęcie brzucha niczego nie dowodzi; rozpoznanie nie opiera się więc bynajmniej na tym objawie. Za to są znane w weterynaryi pewne pozycye, jakie chore zwierzęta stale w cierpieniu tem przybierają. Inną jest pozycya, jaką koń przybiera w niedrożności jelita cienkiego, inną w niedrożności jelita grubego. Objawy te występują z taką stałością, że rozpoznanie może się na nich oprzeć z zupełną pewnością.

Dr. Wehr (ze Lwowa) wyraża prof. Walentowiczowi podziękowanie za przytoczenie tak ciekawej okoliczności z dziedziny weterynaryi; Dr. Wehr sądzi, że naleźałoby zwracać uwagę w tym względzie w przypadkach niedrożności jelit u ludzi.

Prof. Rydygier: W 3-ch przypadkach skręcenia zagięcia esowatego wyciął prof. Obaliński całą pętlę i zaleca ten sposób; prof. Rydygier wątpi, czy to jest potrzebnem we wszystkich przypadkach, i sądzi, że odpowiednie skrócenie krezki wystarcza. W odpowiedzi prof. Gluzińskiemu oświadcza prof. Rydygier, że przed 7-mu laty zalecał pompę Kussmaula, przed 5 czy 6 laty już przestrzegał, by wypompowywać żołądek poprzednio, t. j. na jakiś czas przed operacyą na jelicie.

Dr. Kapelusz (z Biały) komunikuje sposób postępowania w *asphyxia vomitoria* praktykowany w bialskim szpitalu.

Prof. Obaliński w końcowem swojem przemówieniu oświadcza, że cała dyskusya nad jego wykładem była nadzwyczaj pouczającą i znacznie przyczyniła się do wyświecenia ważności objawów występujących w mechanicznej niedrożności jelita. Przypadki przytoczone przez doc. Dr. Bossowskiego są najbardziej przekonywającemi w tem znaczeniu, że należy operować nawet wątpliwe przypadki niedrożności jelita jak najwcześniej. W odpowiedzi prof. Rydygierowi oświadcza prof. Obaliński, że pierwsze spostrzeżenia należą do niego, później zaś niezależnie od niego Schlange opracował tę kwestyę, następnie zaś znów prof. Obaliński skorzystał z danych ogłoszonych przez Schlangego. Z przemówień niektórych mowców podczas dyskusyi nad wykładem prof. Obalińskiego wypada, że ścisłe pojęcie miejscowego wzdęcia brzucha nie jest dla wszystkich jasne. Chcąc więc pojęcie to należycie wyjaśnić, rysuje prof. Obaliński szematycznie przekrój brzucha oraz zmiany jelita, stanowiące t. zw. wzdęcie brzucha miejscowe (*localer Meteorismus* w znaczeniu Wahla). Wahl i jego uczniowie wykazali, że w pewnych przypadkach, gdzie jakaś pętla jelita została w całości zaciśniona, powstaje w pętli tej znaczne wzdęcie. Pętla taka po jakimś czasie traci zdolność wszelkiego ruchu robaczkowego i jest w jamie brzusznej w ten sposób unieruchomioną. Jeśli zaciśnięcie trwało stosunkowo krótko, pętla może powrócić do stanu prawidłowego; jeśli zaś zaciśnienie trwa przez czas dłuższy, występują prócz porażenia w pętli takiej zboczenia w krążeniu i pętla wypaca do wnętrza jelita i na zewnątrz, t. j. do jamy brzusznej płyn. Powyżej unieruchomionej zaciśnionej pętli istnieje jeszcze przez jakiś czas ruch robaczkowy; gdy wypocony do jamy otrzewnowej płyn wraz z bakteryami wywoła ogólne zapalenie otrzewnej, wszelkie ruchy robaczkowe ustają wskutek porażenia jelit. Jeżeli wzdęta pętla znajduje się w jamie brzusznej bardzo głęboko, nie można jej czasami wykazać. Jeśli nastąpiło skręcenie całego jelita cienkiego lub też znacznej jego części, wzdęcie brzucha jest oczywiście bardzo znaczne; cały brzuch jest wówczas wydęty, występuje tu jednak bardzo charakterystyczny objaw: wzdęcie brzucha nie jest jednostajne a na brzuchu rysują się wyraźnie wypuklenia, odpowiadające wydętym pętlom jelita cienkiego. W pętlach tych nie można wykazać żadnego ruchu; wydęte jelito cienkie jest w całości unieruchomione. Z tego objawu rozpoznaje prof. Obaliński z pewnością skręcenie jelita cienkiego w całości.

Prof. Obaliński jeszcze raz zwraca uwagę na ważność wiadomych objawów pod względem rozpoznawczym i dodaje, że w tych przypadkach, w których objawy te nie wystąpiły, należy czas jakiś wyczekiwać. W dwu przypadkach, obserwowanych przez mowcę niemal od chwili zasłabnięcia, wystąpiły dane objawy już po upływie pierwszych 12-tu godzin. W przypadku przytoczonym przez Dra Wehra lekarz powinien był w każdym razie zbadać odbytnicę a wówczas byłoby się uniknęło niespodzianki. W odpowiedzi prof. Rydygierowi oświadcza prof. Obaliński, że w przypadkach skręcenia zagięcia esowatego wycinał tylko znaczną część skręconego jelita, pozostawiał zaś pewną, wystarczającą część tego jelita. W końcu wyraża prof. Obaliński nadzieję, że być może w niedalekiej przyszłości, dyagnostyka niedrożności jelita jeszcze dalej będzie mogła postąpić.

Prof. Rydygier nadmienia dodatkowo, że w *asphyxia vomitoria*, zwymiotowany płyn pochodzi przeważnie z żołądka.

XIX. Prof. Rydygier. Przyczynek do operowania raka sutka.

Prof. Rydygier demonstruje dwa przypadki kliniczne raka sutka już wygojonego, w których zmodyfikował cięcie skórne. Prof. Rydygier, operując raka sutka, preparuje, o ile tylko można, wszystkie zmienione części a przytem zabiera w każdym przypadku powięź piersiową i odsłania jamę pachową, wyłuszczając w razie potrzeby wszystkie części miękkie po dokładnem wypreparowaniu naczyń i nerwów. Zdarza się po takiej operacyi, że blizna po cięciu przedłużonem przez środek jamy pachowej zrasta się w tem miejscu z naczyniami i nerwami. Skutkiem tego występują bóle za ruchami ramienia. Modyfikacya, którą do operacyi tej wprowadził prof. Rydygier, polega na tem, że w cięciu skórnem na przednim brzegu mięśnia najszerszego grzbietu formuje płatek do tyłu. Dzięki tej modyfikacyi blizna nie zrasta się z nerwami i wygojone chore nie mają bólów podczas ruchów ramienia.

XX. Dr. Kryński (z Krakowa) O nowotworach rakowych w skórze, wychodzących z gruczołów potnych.

Dr. Kryński komunikuje wyniki badania histologicznego zmian w skórze, operowanych w dwu przypadkach w klinice chirurgicznej krakowskiej. W jednym przypadku zmiana znajdywała się na górnej wardze, w drugim w kącie szczęki dolnej. W jednym z tych przypadków rozpoznawano klinicznie kaszak. Badanie histologiczne wykazało w obydwu przypadkach typowe przybłoniaki, wychodzące z gruczołów potowych. Nowotwory te są pod względem klinicznym o tyle ciekawe, że zmiany w gruczołach limfatycznych występują w podobnych przypadkach bardzo późno. Dr. Kryński demonstruje preparaty mikroskopowe zrobione z tych przypadków.

Doc. Dr. Trzebicky, jako skarbnik zjazdu, komunikuje uczestnikom zjazdu, że kasę zjazdu skontrolowano.

Prof. Rydygier, jako przewodniczący Zjazdu, dziękuje członkom za udział w obradach i wytrwałą pracę podczas posiedzeń Zjazdu. Pomimo wątpliwości, jakie na po-

cząłku Zjazdu można było mieć co do jego wyniku, okazało się, że Zjazd tegoroczny wydał plon obfity. Następny zjazd chirurgów odbędzie się za 2 lata, gdyż w roku przyszłym chirurdzy polscy obradować będą na zjeździe ogólno lekarskim i przyrodniczym we Lwowie. Na przyszłym zjeździe chirurgicznym będzie bardzo pożądanym udział ginekologów. Prof. Rydygier wyraża w końcu życzenie, by na przyszłym zjeździe zebrali się w komplecie wszyscy dotychczasowi uczestnicy Zjazdów i zamyka V Zjazd chirurgów polskich w Krakowie.

VII. Wiadomości bieżące.

— Otrzymujemy następujące pismo:

Szanowny Kolego Redaktorze!

Dziękując niniejszem Szanownemu Koledze za zaszczytną wzmiankę w ostatnim nrze *Przeglądu lek.* dotyczącą mej osoby a podaną z okazyi otwarcia nowego pawilonu chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza, proszę o pomieszczenie w kronice wyrazów podzięki dla tych, którzy mię na dniu 7. b. m. uczcić raczyli.

W ostatnich czasach zajęcia moje szpitalne a nadto sprawy nowo budującego się pawilonu tak mię zupełnie zajęły, iż, aczkolwiek wiedziałem, że moi najbliżsi w chwili otwarcia nowego pawilonu mają zamiar mnie uczcić, to nie zdawałem sobie z tego dobrze sprawy a uczczenie, jakie mnie spotkało, przeszło wszelkie moje oczekiwania, bo przerosło moje zasługi i zastało mnie zupełnie nieprzygotowanym.

Zajęty obecnie przenosinami i ostatecznem urządzeniem nowego pawilonu, pragnę chociaż tą drogą serdecznie podziękować wszystkim, którzy wzięli udział w akcie uczczenia mnie a przede wszystkiem J. Magn. Panu Rektorowi, J. W. Panu Dziekanowi, dalej Szanownemu Towarzystwu lek. krak., Szanownemu Tow. ratunkowemu a wreszcie i Kolegom za to, co dla mnie uczynić raczyli.

Nadto łączę zapewnienie, iż uroczysty nastrój i tak wysoce serdeczne i ciepłe uznanie sprawiło mi chwilę, o jakiej w życiu nie marzyłem a które mi nadal będzie bodźcem do pracy dla dobra kraju, Kolegów i tych instytucyj, z któremi mnie zawód i życie skojarzyły.

Alfred Obaliński.

— W dniu 7. b. m. odbyło się według programu uroczyste otwarcie nowego pawilonu chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie. Po uroczystem nabożeństwie w kościele szpitalnym, odprawionem przez J. Em. Księcia Kardynała Biskupa krakowskiego, udali się zebrani licznie naczelnicy władz miejscowych, delegat Wydziału krajowego Dr. Hoszard, inspektor szpitali krajowych Dr. Stella Sawicki, JE. Dr. Majer, profesorowie Wydziału lekarskiego zebrani prawie w komplecie, lekarze i urzędnicy szpitala, komitet administracyjny i komitet budowy z Drem Weiglem na czele, spory zastęp lekarzy miejscowych i z prowincyi umyślnie na tę uroczystość przybyłych tudzież grono osób zaproszonych do nowego pawilonu, gdzie po architekcie p. Karolu Zarembie przemówił Dr. Hoszard a poprosiwszy Ks. Kardynała o błogosławieństwo Niebios dla gmachu, otworzył główne wrota, przez które wszedł pierwszy Książę Kardynał a za nim wszyscy obecni. Wnętrze gmachu było pięknie przystrojone a przy wejściu do sali, gdzie miała odbyć się właściwa uroczystość, zawieszono wielki wieniec z liści dębowych i wawrzynowych z napisem: *Niech nam żyje Alfred Obaliński! Hołd i wdzięczność opiekunowi chorych!*

W samej sali również przystrojonej i ozdobionej portretem N. Pana, zajął miejsce na estradzie książę Kardynał i wypowiedział serdeczne życzenia prof. Obalińskiemu, by praca jego i w tym gmachu przynosiła jak najdłużej pożytek ludzkości i nauce. Po stósownych przemówieniach delegata Wydziału krajowego Dra Hoszarda, prezesa komitetu administracyjnego szpitala Dra Weigla, pełniącego obowiązki dyrektora szpitala Dra S. Paszkowskiego i samegoż prof. Obalińskiego, odczytał prof. Mars adres do prof. Obalińskiego. Oto ustęp tego adresu:

„Grono kolegów, które bądź pod kierunkiem prof. Obalińskiego, bądź wspólnie z nim pracowało i pracuje w szpitalu św. Łazarza, postanowiło skorzystać z dzisiejszej uroczystości, ażeby wyrazić tyle zasłużonemu prymaryuszowi i koledze tę cześć, jaka Mu się należy, jako mężowi głębokiej wiedzy, niezmordowanemu pracownikowi na polu zawodowem, płodnemu i wytwornemu pisarzowi, znakomitemu nauczycielowi, biegłemu chirurgowi, ludzkiemu lekarzowi, serdecznemu koledze i prawemu obywatelowi“.

Jako wyraz tych uczuć ofiarowali koledzy prof. Obalińskiemu jego portret znakomicie wykonany przez artystę-malarza P. Bryla, ażeby ozdabiał ściany nowego pawilonu, oraz książeczkę Kasy oszczędności z kwotą około 500 zlr. ze składek, mającą stanowić fundusz żelazny na zapomogi dla ozdrowieńców opuszczających pawilon chirurgiczny.

W dalszym ciągu wręczył prezes Tow. lek. krak., prof. Dr. Łazarski prof. Obalińskiemu dyplom członka honorowego tegoż Towarzystwa, jako wyraz czci i miłości za długie, skuteczne działanie dla Towarzystwa, wyraz życzliwości kolegów za prawe pod każdym względem postępowanie, jako uznanie największe, jakiem Towarzystwo rozporządza.

Doc. Dr. Bossowski wraz z Drem Śliwińskim wręczyli prof. O. dyplom na członka honorowego krakowskiego ochotniczego Towarzystwa ratunkowego w dowód uznania zasługi około utworzenia i rozwoju tegoż Towarzystwa dla ogółu tak pożytecznie działającego.

Imieniem Wydziału lekarskiego złożył w krótkich słowach życzenia dziekan prof. Browicz a podniosłą mowę wypowiedział rektor Uniwersytetu Jagiellońskiego, prof. Dr. Madeyski, zwracając uwagę, że w tym przybytku dla cierpiącej ludzkości łączą się harmonijnie szczodrobliwość kraju, rozumne szafowanie groszem publicznym i dzielność kierownika i przyczyniają do utworzenia ogniska, z którego płyną promienie dla dobra ludzkości i nauki i złożył prof. Obalińskiemu imieniem Uniwersytetu życzenia jak największego powodzenia na dotychczasowej drodze

Prof. Obaliński głęboko wzruszony dziękował za te wszystkie objawy miłości i sympatyi dodając, iż przepełnione uczuciem serce nie pozwala mu znaleść słów na podziękowanie.

Wieczorem tegoż dnia podejmował prof. Obaliński wspaniałą ucztą w pięknej sali Towarzystwa Ubezpieczeń grono osób zaproszonych przeszło 100 liczące, między któremi widzieliśmy prócz kompletu prawie kolegów uniwersyteckich i szpitalnych naczelników władz miejscowych, wiele znakomitości naukowych i społecznych Krakowa tudzież wielu uczniów prof. Obalińskiego, tak miejscowych, jak i z dala przybyłych. Szereg wymownych toastów, między któremi niech nam wolno będzie wymienić toasty wzniesione przez samego prof. Obalińskiego, Dra Hoszarda, Delegata Laskowskiego, Eksc. Dra Majera, posła Dra Weigla, Rektora Madeyskiego i miła, koleżeńska atmosfera były dowodem szacunku, poważania i sympatyi, jakie w szerokich kołach naszego społeczeństwa potrafił sobie zjednać czcigodny prof. Obaliński.

— Na cześć prof. J. P. Mierzejewskiego, który kończąc 30 lat swej czynności profesorskiej w akademii wojenno-lekarskiej w Petersburgu, ma z końcem bieżącego półrocza szkolnego ustąpić ze swego stanowiska, odbył się w dniu 25. września (7. października) uroczysty bankiet z udziałem kolegów, uczniów i wielbicieli zasłużonego badacza, któremu neuropatologia tak dużo zawdzięcza.

— Dr. Józef Moczutkowski przybył temi czasy z Odesy do Petersburga, by objąć w instytucie klinicznym Wielkiej księżny Heleny Pawłowny stanowisko doradcy w chorobach układu nerwowego. Przed wyjazdem z Odesy spotkały Dra Moczutkowskiego rozmaite owacye. I tak w dniu 31. sierpnia (s. s.) odbyły odeskie Towarzystwa, lekarskie i balneologiczne, posiedzenie wspólne, na którem przewodniczący, wiceprezes Towarzystwa balneologicznego Dr. Finkelstein, zawiadomił, iż obydwa Towarzystwa w celu uczczenia pamięci swego zasłużonego prezesa postanowiły: 1) zamianować Dra Moczutkowskiego członkiem honorowym; 2) zawiesić portret jego w sali posiedzeń; 3) w jednym z najbliższych numerów dziennika *Jużno - Russkaja Medicinskaja Gazeta,* której współredaktorem był Dr. M., zamieścić

artykuł omawiający obszernie zasługi Dra Moczutkowskiego, jako badacza umiejętnego, lekarza i radcy miejskiego; 4) ofiarować mu album z fotografiami wszystkich członków obu Towarzystw; 5) dedykować mu jeden zeszyt prac Towarzystwa balneologicznego odeskiego; 6) zebrać pieniądze na fundacyę nazwiska Moczutkowskiego w celu leczenia dzieci w ambulatoryum przez niego utworzonem.

— **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Nadzwyczajny profesor uniwersytetu gradeckiego, Dr. Juliusz Wagner mianowany zwyczajnym profesorem psychiatryi i newropatologii tudzież dyrektorem kliniki psychiatrycznej w zakładzie chorych umysłowych w Wiedniu; docent prywatny, Dr. Jan Fritsch mianowany profesorem nadzwyczajnym psychiatryi w uniwersytecie wiedeńskim. **Inspruk.** Prywatny docent Dr. Jerzy Juffinger mianowany nadzwyczajnym profesorem otologii i laryngologii. **Petersburg.** Do akademii wojenno-lekarskiej zgłosiło się w bieżącem półroczu 278 uczniów, z których przyjęto 145 a między nimi 60, którzy ukończyli gimnazyum ze złotym medalem. **Moskwa.** Na pierwszy kurs Wydziału lekarskiego przyjęto w bieżącem półroczu 254 uczniów. Wogóle jest w uniwersytecie moskiewskim 1207 słuchaczy medycyny, prócz 66 farmaceutów. **Kazań.** Na Wydział lekarski zapisało się w bieżącem półroczu 70 uczniów. **Tomsk.** W bieżącym roku szkolnym opuszczą uniwersytet pierwsi studenci, którzy ukończyli zupełnie swe studya lekarskie.

— **Nekrologia.** W dniu 1. b. m. zmarł Dr. Henryk Lewestam, lekarz zdrojowy w Ciechocinku, na zapalenie płuc w 42. roku życia w Służewie pod Ciechocinkiem.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 18. października b. r. o godzinie 6. po południu posiedzenie zwyczajne w sali Śniadeckich (*Collegium novum* I. piętro). Porządek dzienny: 1) dyskusya nad odczytem kol. Mayzla; 2) kol. prof. Pieniążek będzie mówić o zwężeniach spowodowanych przez zapalenie ochrzęstnej.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.